แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสำเนียง บุญเพ็ชร์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 5320901079241	**ที่อยู่** 53 ม.2 ต. กุกหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478 (อายุ 86 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 3,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นาย สุกรี ชื่นโอ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900781141	**ที่อยู่** อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2482 (อายุ 82 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 3,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ-ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมะลิ รัมพณีนิล **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900092914	**ที่อยู่** อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 3,500 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางล้อม กำลังหาญ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900100909	**ที่อยู่** 14/3 ,ม.2 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2507 (อายุ 57 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น**จำนวนเงิน** 3,500 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญจันทร์ กำแพงใหญ่ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 5320900012372	**ที่อยู่** 86 ม. 14 ต.กูดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 4,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การเคลื่อนย้าย/ลำเลียงทาง - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พัฒนาสมรรถนะของข้อและกล้ามเนื้อให้แข็งแรงขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทอยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ตินทอง.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางชม รัศสีห์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3331000664408	**ที่อยู่** 58 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 86 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 4,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - จมูก (nose) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าแพลง - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและตำรับยาถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ประเมินและวัดการเดิน ภายใน 15 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเที่ยง รัศสีห์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3331000664793	**ที่อยู่** 58 ม.14 ต กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 84 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 4,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - อยู่อาศัย/สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมก่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 25 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 25 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 25 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน - ประสานทีมบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
(พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปรากฏ พรหมมาศ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900095883	**ที่อยู่** อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 4,500 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 30 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสำริ ชื่นชม **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900096162	**ที่อยู่** 153 ม.1 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มกราคม พ.ศ. 2507 (อายุ 57 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 4,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 15 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเอื้อม บุญสอน **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900093341	**ที่อยู่** 20 ม. 1 ต. กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 4,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์....ดินทอง.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**

(.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**

(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเสียน เหมือนชอบ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320901003508	**ที่อยู่** 55 ม. 13 ต. กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 4,500 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ตินทอง.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(.....นายพิเชษฐ์ ตินทอง.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอี แหลมทอง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900615640	**ที่อยู่** 21 ม.9 ตกูดหวาย อ. คีรีรัฐนิคม จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 68 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 4,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - จมูก (nose) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมก่อนกลายภาวะเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสุขภาพทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่พบแผลกดทับ ภายใน 20 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 11 วัน - ประสานทีมสหวิชาชีพ ภายใน 11 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 11 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 11 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ ดินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

169.500

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองแดง ไชยสิทธิ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900098441	**ที่อยู่** 108 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลผู้ดูแลเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 4,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยหลอดเวลา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) ฟื้นฟูสภาพจิต และกิจกรรมบำบัดความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการรถรับส่งการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายต่วน แสงมาศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320901004121	ที่อยู่ 1 ม.9 ต.ระแงง อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 17 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมบ่อนลดความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดหาย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ดีขึ้นจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายยีม เหมือนชอบ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900102006	**ที่อยู่** 25 ม.2 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 4,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 15 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ มีรายได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ..ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

๑๗๕๐๐

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางยืน ดินทอง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900107547	**ที่อยู่** 50 ม.3 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 4,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเหรียญ ยานิวงค์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900109094	**ที่อยู่** 75 ม.3 ต.กุดหวาย อ.ศีขรภูมิ จ.สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** -	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2492 (อายุ 72 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** Stroke (CT scan พบ Lacunar infarction) แขนขาซ้ายอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 4,500 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 null - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 15 null - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 null - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 null - null ภายใน 10 null **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ตินทอง.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
[.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายหอม เข็มยา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320901245790	**ที่อยู่** 57 ม.13 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2471 (อายุ 93 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 4,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ดินทอง.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
[.....พยาบาลวิชาชีพ..ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสวาล แหวนเงิน **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900888824	**ที่อยู่** อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 4,500 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดีนทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ ดีนทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ-ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสมวน หมายชัย **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900095620	**ที่อยู่** 48 ม.12 ต.กุดหวาย อ. คีรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 02 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น**จำนวนเงิน** 4,500 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	**เป้าหมายการดูแล** ระยะสั้น - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายยางนิยม ทรงศรี **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900615241	**ที่อยู่** 20 ม.9 ต. กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2498 (อายุ 66 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 4,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 15 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 5 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 5 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองจันทร์ หุ่นทอง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900791693	**ที่อยู่** 99 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 4,500 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และการเพิ่มศักยภาพในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน ประสานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางชลลดา ชื่นชม **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1329901792393	**ที่อยู่** 8/1 ม. 1 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 (อายุ 9 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายที ดัชถุยาวัตร **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900095140	**ที่อยู่** 44 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีกำลังอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - คอ (throat) - จมูก (nose) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมบ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 20 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแมด ชื่นชม **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900782147	**ที่อยู่** 20/2 ม.12 ต.ภูดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,000 บาท	- กลืนลำบาก - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ช่องปากไม่สะอาด - ความสามารถในการได้ยิน	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ตา (eyes) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 20 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 20 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 20 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 20 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 20 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประดับ ชื่นชม **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900630169	**ที่อยู่** 29 ม.12 ต. กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2518 (อายุ 46 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในกรอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 20 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเสาะ โถเล็ก **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900097231	**ที่อยู่** อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2485 (อายุ 79 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 5 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสมพงษ์ ชื่นชม **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900791928	**ที่อยู่** อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 70 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมฟื้นฟูสภาพความเครียด - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบัวเรียน ระวังชนม์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900789583	**ที่อยู่** 37/1ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมก่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และการพึ่งพาในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการใช้เสาพาบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 19 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 19 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 19 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 19 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 19 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้แข็งแรงขึ้น ภายใน 19 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทา อินทร์งาม **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900176409	**ที่อยู่** 49 ม.12 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - **ความสามารถในการได้ยิน** - **ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต** - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - **มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง** - **มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา** - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - **การอาบน้ำ** - **การเคลื่อนย้าย** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - **สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - **การบริการด้านอุปกรณ์** - **การรับบริการสวัสดิการทางสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - **การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ**
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- **การพลัดตกหกล้ม** - **การกินอาหาร/สำลักอาหาร** - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - **การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา** - การหลงทาง - **ข้อติด/ข้อเท้าตก** - **ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ** - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - **ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน** - **ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 20 วัน** - **ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน** - **อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 15 วัน** - **สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน** - **ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน** - **ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน** - **ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน** **ระยะยาว** - **กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้** - **ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง** - **ที่อยู่อาศัยเหมาะสม** - **มีอาชีพ มีรายได้** - **มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น** - **เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์** - **ไม่มีภาวะซึมเศร้า** - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาน แหวนเงิน **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900888883	**ที่อยู่** 82 ม.12 ต.ภูดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2523 (อายุ 41 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 **บาท**	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 20 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 20 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตันทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นายพิเชษฐ์ ตันทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพุด อินทรสอน **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900792525	**ที่อยู่** 117 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่องปากไม่สะอาด	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) สุขภาพจิต และกิจกรรมก่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อผ้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 10 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 10 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 10 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้มีสภาพที่ดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน ประสานทีมบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตันทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตันทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายต้อย กลั่นทะเล **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900790883	**ที่อยู่** 73 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 24 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2506 (อายุ 58 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และการมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับเปลี่ยนที่อยู่อาศัย ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน - ประสานทีมบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอำพร ทองงาม **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900961882	**ที่อยู่** 124/1 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี) **จำนวนเงิน** 5,500 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 15 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง ตักน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ-ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางไมล์ ชื่นชม **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900096839	**ที่อยู่** 69 ม.1 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 [อายุ 71 ปี]	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปาน พรหมมาศ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900096057	**ที่อยู่** 61 ม.1 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 77 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น**จำนวนเงิน** 5,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 11 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชวน ชื่นชม **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900630444	**ที่อยู่** 6 ม.12 .ต.กูดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2492 (อายุ 72 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่องปากไม่สะอาด	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - จมูก (nose) - สมอง (Brain) สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การหลงทาง	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 15 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 15 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ..ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพา แหวนเงิน **เลขบัตรประจำตัวประชน** 5320901081459	**ที่อยู่** 114 ม.12 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเครือญาติครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 20 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 20 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจำนงค์ หุ่นทอง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320900162971	**ที่อยู่** 8 ม.2 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,500 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)** **ลงชื่อ**.....**อปท.**

นายพิเชษฐ์ ดินทอง

[.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....] [.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการขอเบิกค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแอด ภาศิริ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320901003168	**ที่อยู่** 19/1 ม.9 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 09 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 70 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์/หย่อนสมรรถภาพทางเพศ/ยาคุมกำเนิด/ถุงยางอนามัย/ยาหลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 10 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจันทร์ ทองโคตร **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900790565	**ที่อยู่** 56 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบบริการเหมาจ่ายรายปีเป็น **จำนวนเงิน** 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา การหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทีมบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ตินทอง.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางชนิฐรัช นิสัยกล้า **เลขบัตรประจำตัวประชน** 2320900027278	**ที่อยู่** 16 ม.13 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2512 (อายุ 52 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,500 **บาท**	- กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 20 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ตินทอง.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**

(.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**

(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเดือ สมรูป **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3320900785162	**ที่อยู่** 24/2 ม.13 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2474 (อายุ 90 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,500 บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาคัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - จมูก (nose) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 10 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 10 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ตินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ตินทอง
(.....พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(.....)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแดง อักขระ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 5320201062648	**ที่อยู่** 86/1 ม.3 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 27 เดือน กันยายน พ.ศ. 2503 (อายุ 61 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น . -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น**จำนวนเงิน** 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) สะโพก (hip) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ตา (eyes) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 10 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 10 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ..ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....**อปท.**
[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
[.....]